

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СА 125, СЕА И ФЕРРИТИНА В ДИАГНОСТИКЕ ОБЪЁМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЯИЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ РАННЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Фомина М.П., Дивакова Т.С.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Проблема возникновения и роста частоты объёмных образований яичников у женщин раннего репродуктивного возраста является актуальной для современной гинекологии. Дооперационная верификация характера овариальных образований – один из важных аспектов определения опухолевых маркёров у женщин раннего репродуктивного возраста.

Целью данной работы явилось изучение роли и прогностическая оценка сочетанного определения уровней СА 125, СЕА и ферритина в определении морфоструктуры объёмных образований яичников у больных раннего репродуктивного возраста.

Концентрацию опухолевых маркёров (ферритин, СЕА, СА 125) в сыворотке крови исследовали у 41 (100%) больной в возрасте 15 – 27 лет до операции (основная группа) и 11 здоровых женщин, подвергнутых лапароскопической стерилизации (контрольная группа). У всех больных до операции предполагали доброкачественный процесс. Ретроспективный анализ удалённых тканей в основной группе показал наличие серозных цистаденом – у 9 (21,9%), муцинозных цистаденом – у 3 (7,3%), зрелых тератом – у 7 (17,1%), эндометриоидных кист – у 8 (19,6%), паровариальных кист – у 4 (9,8%), фолликулярных кист – у 3 (7,3%), кист жёлтого тела яичников – у 5 (12,2%), пограничной серозной аденофибромы – у 1 (2,4%), дисгерминомы – у 1 (2,4%) больной.

Уровни ферритина и СЕА в сыворотке крови определяли иммунорадиометрическим и радиоиммунологическим методами при помощи реактивов “Хозрасчётного опытного производства Института биоорганической химии Национальной академии наук Беларуси” (ИРМО-Ферритин, РИО-РЭА-¹²⁵I-М). Для определения СА 125 использовали иммуноферментную тест-систему “СА 125 ИТМ” фирмы “Roche Diagnostic” (Швейцария). На момент обследования пациентки не имели клинических проявлений обострения хронических заболеваний. При оценке уровня опухолевых маркёров, учитывали их абсолютные и пороговые значения. В основной группе анализировали интегрированные показатели – “треугольники опухолевых маркёров”

с учётом гистоструктуры объёмных образований яичников. При построении “треугольников опухолевых маркёров” в декартовых координатах по осям X, Y и Z откладывали относительные значения частных от деления уровня маркёра (ферритин, СА 125, СЕА) на соответствующее ему пороговое значение концентрации.

В контрольной группе концентрация сывороточного ферритина в среднем составила $23,9 \pm 3,9$ нг/мл. Уровень сывороточного ферритина при серозных и муцинозных цистаденомах был в 4 раза выше ($95,5 \pm 16,0$ и $100,6 \pm 13,3$ нг/мл соответственно, $P < 0,05$), при зрелых тератомах, фолликулярных кистах и дисгерминоме – выше в 2,4 раза ($55,1 \pm 8,9$; $62,8 \pm 11,6$ нг/мл, $P < 0,05$ и $60,7$ нг/мл соответственно) в сравнении с контролем. У пациенток с эндометриоидными кистами и в 1 случае при пограничной серозной аденофибrome концентрация ферритина превысила контрольные значения в 6 раз ($136,0 \pm 23,1$ нг/мл, $P < 0,05$ и $145,3$ нг/мл соответственно). При паровариальных кистах уровень ферритина не отличался от контрольного ($13,3 \pm 2,1$ нг/мл, $P > 0,05$). У больных с кистами жёлтого тела яичников показатель ферритина был ниже в 5 раз ($4,7 \pm 1,4$ нг/мл, $P < 0,05$).

В контрольной группе показатель СА 125 был $9,1 \pm 0,8$ МЕ/мл. Концентрация СА 125 при серозных цистаденомах составила $20,9 \pm 1,8$, муцинозных цистаденомах – $14,3 \pm 1,3$, зрелых тератомах – $20,5 \pm 1,1$, паровариальных кистах – $17,9 \pm 1,9$ МЕ/мл, превышая контрольные значения в 1,6 – 2,3 раза ($P < 0,05$). У больных с фолликулярными кистами и кистами жёлтого тела яичников показатели СА 125 соответствовали контрольным ($9,5 \pm 1,5$ и $4,9 \pm 1,6$ МЕ/мл соответственно, $P > 0,05$). У пациенток с эндометриоидными кистами яичников уровень СА 125 имел тенденцию к повышению ($87,8 \pm 47,6$ МЕ/мл, $P > 0,05$). Концентрация СА 125 при дисгерминоме превышала контрольные значения в 1,9 раза ($17,08$ МЕ/мл), при пограничной серозной аденофибrome – в 6,9 раза ($61,56$ МЕ/мл).

Концентрация СЕА в контрольной группе составила $1,2 \pm 0,2$ нг/мл. Концентрация СЕА оказалась выше контрольного показателя в 4 раза при серозных цистаденомах ($4,9 \pm 1,2$ нг/мл, $P < 0,05$), в 3,2 раза – при эндометриоидных кистах и кистах жёлтого тела яичников ($3,8 \pm 0,9$ и $3,9 \pm 0,9$ нг/мл соответственно, $P < 0,05$). У пациенток с муцинозными цистаденомами, зрелыми тератомами, паровариальными кистами яичников уровень СЕА имел тенденцию к повышению ($3,4 \pm 1,3$; $2,5 \pm 0,9$ и $4,1 \pm 1,5$ нг/мл соответственно, $P > 0,05$). Концентрация СЕА соответствовала контролю у пациенток с фолликулярными кистами яичников ($1,1 \pm 0,92$ нг/мл, $P > 0,05$). Уровень СЕА был незначительно

выше порогового значения при дисгерминоме яичника (3,0 нг/мл), в пределах нормальных значений – при пограничной серозной аденофибромой (1,85 нг/мл).

Таким образом, развитие доброкачественных опухолей (серозных и муцинозных цистаденом, зрелых тератом) у больных раннего репродуктивного возраста сопровождается повышением в крови в 2 – 6 раз уровней ферритина, СА 125 и СЕА в сравнении со здоровыми, что может использоваться в диагностике патологических процессов гонад и исключения онкопатологии, когда уровни маркёров превышают показатели у здоровых в 10 и более раз. Специфичным для диагностики серозных и муцинозных цистаденом яичников являются значительные концентрации ферритина в крови на фоне несколько повышенного уровня СА 125 и превышающего пороговые значения содержания СЕА. Характерным для эндометриоидных кист яичников являются высокие уровни ферритина, СА 125 и СЕА, что позволяет с высокой точностью диагностировать патологию. При паровариальных кистах и кистах жёлтого тела яичников превышение пороговых концентраций СЕА наблюдается на фоне минимальных значений ферритина и СА 125. При длительно персистирующей фолликулярных кистах яичников незначительное повышение уровня ферритина отмечается при минимальных значениях СА 125 и СЕА.

Таким образом, сочетанная оценка показателей нескольких маркёров (ферритин, СА 125, СЕА) является высокоинформативной в выявлении опухолевого процесса и его злокачественной трансформации. Анализ “треугольников опухолевых маркёров” показал, что их форма у пациенток с эндометриоидными кистами и пограничной серозной аденофибромой отличалась от таковой при других объёмных образованиях яичников, что позволяло провести дифференциальную диагностику. “Треугольники опухолевых маркёров” были подобными у пациенток с одинаковой гистоструктурой объёмных образований яичников за исключением эндометриоидных кист. Треугольники для отдельных больных с эндометриоидными кистами яичников различались в зависимости от степени распространения генитального эндометриоза, быстроты его прогрессирования и предшествующих курсов гормонотерапии.

Итак, наиболее информативным в дифференциальной диагностике вида доброкачественных образований яичников является определение уровней ферритина и СА 125. Одновременное определение нескольких маркёров (ферритин, СА 125, СЕА) при

первичном обследовании пациенток с объёмными образованиями яичников повышает достоверность выявления доброкачественности или злокачественности процесса, позволяет провести дифференциальную диагностику вида опухоли или опухолевидного образования на дооперационном этапе, спрогнозировать возможность использования малоинвазивной хирургии в лечении больных.